

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE 356

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne-Catherine CASANOVA

Née le 8 Mai 1910, à Vico (Corse)

Traumatismes affectifs et Psychopathies

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET DE L'ENCEPHALE. — PR. : H. CLAUDE

Président : M. H. CLAUDE, Professeur

PARIS

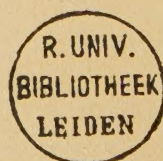
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FÉY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.

MM.	
LACOMME	Pathologie médicale.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Obstétrique.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MM J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TROISIERS	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anat. pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM	
ALAJOUANINE	}
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	} Clinique médicale.
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SÉZARY	

MM.	
BASSET	}
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	} Clinique Chirurgicale.
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	}
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

pour leur infini dévouement.

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A M. LE PROFESSEUR CLAUDE
Membre de l'Académie de Médecine

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

AU DOCTEUR JEAN TUSQUES
Chef de Clinique de la Faculté
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*qui m'a suggéré l'idée de ce travail, et,
par de précieux conseils, aidée à l'éla-
borer. Témoignage amical.*

INTRODUCTION

Si la plupart des auteurs semblent accorder aux facteurs « moraux » une certaine valeur pathogénique dans le développement des psychoses, l'entente est loin d'être établie lorsqu'il s'agit de définir le rôle du choc affectif.

Est-il seulement un facteur de « déclenchement », d'« efflorescence » d'une psychose virtuellement contenue déjà dans une « constitution » ?

Se borne-t-il même à orienter simplement certains symptômes, après l'éclosion, spontanée, de troubles dont le germe était déjà dans le sujet ? ou au contraire, peut-il chez un individu qui s'était jusqu'alors comporté normalement provoquer des troubles psychiques ?

Le cadre limité de cette étude ne nous permet pas d'aborder dans son ensemble une question aussi vaste et complexe que celle des réactions émotionnelles.

Nous nous bornerons à envisager ici l'étude de quelques cas de troubles psychiques dans le déclenchement desquels un traumatisme affectif nous a paru jouer un rôle tel qu'il est permis de penser que ces troubles ne seraient pas apparus sans lui.

Après avoir rappelé en un bref historique l'évolution des idées concernant cette question, nous aborderons l'étude clinique de nos cas.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le rôle du traumatisme affectif dans le déclenchement de certaines psychoses a paru de tout temps indéniable. Il est d'opinion courante que les émotions très fortes, l'effroi, le chagrin « rendent fou ». Ainsi voit-on souvent l'entourage des malades mentaux invoquer contre toute évidence parfois, une infortune ou une peur, cause de tout le mal.

Parmi les anciens psychiatres, l'étiologie émotionnelle de *toutes* les manifestations psychopathiques était universellement admise. Ces auteurs inettaient en cause les « souffrances morales » dans la production de la folie. Pour eux, ce sont les émotions dépressives, véritables commotions morales parce qu'elles affectent profondément la sensibilité, qui seules peuvent arriver à troubler l'esprit, tandis que les « causes physiques » comme hérédité, suites de couches, infections et auto ou hétéro-intoxications, apparaissent comme négligeables malgré leur rôle prédisposant.

GUISLAIN (16) insiste sur le caractère douloureux, profondément affectif de l'aliénation mentale dont le fond consiste en une « exaltation morbide de la sensibilité » s'accompagnant de malaise, d'anxiété, de peine morale. Cet état de souffrance est imputable aux « causes morales » très diverses : « la perspective d'un avenir malheureux, la misère, les commotions politiques, les désastres de la guerre,

une tentative d'assassinat, les frayeurs religieuses, une conscience timorée ou la prévision imaginaire d'une punition éternelle, une inclination malheureuse, la jalousie, etc... »

GEORGET (14), PARCHAPPE (29), PINEL (32), ESQUIROL (13) affirment également le rôle prépondérant sinon exclusif des facteurs moraux qui atteignent en la modifiant toute la vie des sensations, des passions, des idées, des déterminations. D'ailleurs, dit ESQUIROL : « l'enfance exempte de passions est presque étrangère à la folie... » et, dans le même sens, GEORGET ajoute : « n'est-ce pas dans l'âge où l'esprit est susceptible d'émotions fortes, où les passions dans toute leur énergie peuvent être mues par des intérêts puissants, que se développe l'aliénation mentale ? »

BROUSSAIS, ELLIS (12), reconnaissent aux secousses morales un rôle essentiel, mais ils recherchent anatomiquement quel peut être leur retentissement sur le cerveau, afin de trouver un substratum organique de l'aliénation mentale. BAILLARGER (2) enfin, attribue au « développement des passions » l'éclosion de la folie.

Chez tous ces auteurs — représentant les premiers observateurs psychiatriques de la période moderne — l'accord est unanime pour faire jouer à l'émotion brève ou prolongée, mais dépressive, « pénible », un rôle primordial par son action intense et continue sur le cerveau.

Les « causes physiques » entrent peu en ligne de compte, et puisque « on ne devient fou que par une révolution d'esprit » (GEORGET) les raisons efficaces de la maladie doivent être recherchées dans

l'ébranlement moral provoqué par une émotion de nature triste et déprimante.

Un peu plus tard avec MOREL (26), MAGNAN (25), LEGRAND DU SAULLE (23), la théorie de la dégénérescence bientôt érigée en doctrine faisait intervenir les causes d'ordre interne au premier rang desquelles « l'hérédité », dans la genèse des maladies psychiques.

Cette fois « le terrain dégénéré » apparaît comme la grande cause prédisposante et même déterminante.

Les « causes morales » ne sont cependant pas entièrement méconnues et MOREL invoque bien les impressions violentes, les émotions vives, les causes nombreuses et complexes inhérentes à la famille, au milieu social, tous facteurs pouvant intervenir dans le déclenchement des psychoses diverses. Mais émotions et chocs moraux n'interviennent plus que de manière occasionnelle, au même titre intercurrent qu'une infection banale, sur « des individus frappés congénitalement d'un état maladif qui les classe irrévocablement dans la catégorie des dégénérés de l'espèce humaine » (MOREL).

C'est la conception des « tares héréditaires » transmissibles et implacables.

GRIESINGER (15) invoque à son tour le rôle des émotions tristes dans la genèse des psychoses, mais il pense que ces émotions ne deviennent psychogènes que sur un terrain « nerveux » spécial que les données de la physiologie permettent d'apprécier et de reconnaître.

Succédant à cette notion de l'hérédité psychopathique, la notion de *constitution* mise à jour par DUPRÉ (11) et poussée à son extrême limite par DEL-

MAS n'englobe toujours que l'ensemble complexe des caractères hérités ou innés.

Le point de vue « constitutionnaliste » ne se bornant pas à enregistrer les faits incontestables de prédisposition héritée, envisage l'individu comme isolément soumis à ses tendances instinctives, organiques et psychiques, niant toute action modificatrice du milieu environnant.

Ainsi allait être négligé le rôle sur l'individu des influences « exogènes » comme traumatisme, infections, intoxications, tous les facteurs psychiques conditionnés par le milieu ambiant, ainsi d'ailleurs que le rôle des influences « endogènes » inhérentes à la personnalité elle-même faite de l'expérience acquise et de l'évolution individuelle.

Les facteurs psychiques exogènes, sous le titre « de l'émotion » firent l'objet des débats à la Réunion des Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie de 1909. A cette occasion, DUPRÉ définit longuement la « Constitution émotive ». Pour cet auteur, le rôle psychogène du choc émotif est purement d'ordre secondaire, occasionnel ; ce qui prédomine du point de vue étiologique c'est le terrain « d'Hyperémotivité constitutionnelle » : « Dans le domaine psychiatrique, le rôle pathogène de l'émotion est très important si l'on considère celle-ci dans ses rapports avec le terrain ébranlé par le choc émotif. Les émotions se ramènent toutes à un choc psychique, qui détermine dans toutes les sphères organiques par l'intermédiaire du système nerveux, des effets soit d'excitation, soit de dépression, soit de déviation corporelle avec toutes leurs conséquences » et DUPRÉ insiste : « C'est sur le terrain d'une émotivité constitutionnelle que se manifestent les troubles nerveux et psychiques dus à l'émotion. » Cette cons-

titution émotive étant caractérisée d'après DUPRÉ par un éréthisme diffus de la sensibilité et aussi par une insuffisance de l'inhibition motrice réflexe et volontaire.

Ainsi pour cet auteur, *l'émotivité*, de nature permanente, est la condition *sine qua non* de l'éclosion des troubles, tandis que *l'émotion*, véritable choc psychique, intervient pour jouer un rôle de « provocation » mais aussi de « direction et de forme » dans la genèse et l'orientation de la psychose.

L'opinion de DUPRÉ n'est cependant pas exclusive puisqu'il ajoute dans un passage de son rapport : « Le choc émotif à lui seul, par son intensité, peut déterminer une psychose confusionnelle aiguë avec troubles somatiques diffus et profonds, et agir ainsi à la manière des intoxications massives ou des surmenages aigus. » Dans ce même débat de 1909, les conclusions de RÉGIS (35), HALLION (17), concordent avec la thèse de l'émotivité constitutionnelle de DUPRÉ. Cependant RÉGIS invoque l'influence des intoxications et des troubles de nutrition *diathésique* à l'origine du terrain émotif.

Signalons au passage, que pour ces auteurs modernes, la constitution émotive si elle est une manière d'instabilité psychique associée ou non à une déséquilibration intellectuelle, est une notion déjà éloignée de cette « infériorité » complète qu'était la Dégénérescence mentale de MOREL et MAGNAN. En effet certains de ces auteurs comme SEGLAS, RÉGIS avaient déjà isolé dans l'histoire des psychopathies acquises le vaste chapitre des psychoses toxi-infectieuses.

Pourtant lors de la même discussion sur le rôle de l'émotion, JANET (20) critique la tendance qui es-

saie de tout expliquer par le caractère fondamental, héréditaire du terrain pathologique : « On a abusé de la supposition d'une prédisposition, d'une émotivité antérieure pour expliquer tous les troubles que l'on constate, cela dispense d'étudier les causes actuelles » et plus loin JANET ajoute :

« En examinant un individu qui est devenu malade après un choc émotionnel, il est facile de dire que c'était un émotif et que cela explique tout. »

Pour lui, l'émotion n'est susceptible de devenir pathogène que chez les seuls abouliques, chez les individus présentant une « impuissance de la volonté » et par suite incapables d'adaptation aux circonstances. Cette insuffisance d'adaptation aux situations nouvelles et les efforts impuissants qu'elle nécessite pour y parer, peut entraîner des désordres émotifs violents et divers. Pour JANET ce sont les tendances contrariées, arrêtées dans leur développement qui font naître *l'émotion dépressive*, là où il n'y avait primitivement que simple inclination. Mais si les tendances contrariées confèrent ainsi au sujet maintes possibilités réactionnelles, JANET n'en accorde pas moins aux événements extérieurs et en particulier à *l'émotion-choc*, un rôle déclencheur prépondérant. Tout dépend de l'intensité de la cause et JANET conclut : « Quand celle-ci (la cause) est très grande elle peut, à mon sens, être suivie d'effet, sans le concours d'une tendance réactionnelle anormale. »

Par ailleurs également, JANET s'oppose aux concepts de « constitution » d' « émotivité » préexistante et propose comme but l'étude approfondie des lois de l'émotion en fonction du psychisme des divers sujets : « La psychologie pratique et surtout la

psychologie médicale doit avant tout se préoccuper de la réaction de l'individu à son milieu, elle doit surtout être une psychologie de l'action. »

En résumé, et malgré les tendances psychologiques des conceptions de JANET, l'opposition fondamentale entre l'explication des psychopathies par les « causes morales » chère aux anciens auteurs et l'explication purement *préformiste* des « constitutionnalistes », s'est maintenue en faveur de ces derniers jusqu'à une date encore récente. Mais depuis l'apport des travaux psychanalytiques d'une part et la pénétration en psychiatrie des notions de « personnalité », « réaction », par ailleurs, les conceptions se sont élargies, complétées, permettant une interprétation plus satisfaisante des états psychopathiques.

Tandis que le terme « constitution » désignait exclusivement les tendances héritées et concourant au développement de la personnalité indépendamment de tous facteurs « exogènes », la psychanalyse au contraire, sans négliger les facteurs d'ordre « endogène » en qui elle ne vit que des facteurs organiques de prédisposition, mit essentiellement en relief, le rôle des *expériences* internes. Elle montra que ces expériences psychologiques *élaborées en fonction du milieu social*, contribuent surtout lorsqu'elles sont acquises dans l'enfance, au développement d'une individualité psychique complexe. La psychanalyse par sa notion fondamentale de l'instinct d'une part, par le rôle qu'elle accorde aux conflits — d'origine exogène — subis par les tendances d'autre part, concilie les deux points de vue essentiels : organique et psychologique.

La complexité des facteurs qui entrent en jeu

dans la construction et le développement des états psychiques est encore mise en évidence par les conceptions de « personnalité » et de « tempérament » de KRETSCHMER (22).

Pour cet auteur existent, indépendamment du *tempérament* ou complexion somatique — et de son « rythme psychique » qui est sa réponse aux maladies —, toutes les tendances instinctives bio-psychologiques soumises à deux sortes d'influences : influences exogènes multiples comme traumatismes, intoxications, infections, chocs affectifs, mais aussi expériences internes complexes élaborées de façon permanente par le jeu des éléments individuels.

Ainsi le rôle du milieu ambiant n'est plus négligé, non plus que la personnalité proprement dite sans cesse remaniée par ce milieu.

Avec JASPERS (21), et l'introduction en psychiatrie de la notion de « réaction », le rôle des divers facteurs énumérés, surtout les facteurs « exogènes » prend une importance encore plus grande.

Cette notion de réaction correspond à des faits psychiques bien individualisés.

Nous tâcherons dès le chapitre suivant d'en dégager le sens, parce qu'elle a permis d'envisager sous un angle nouveau certaines psychoses dites « de réaction » dans le cadre desquelles on a coutume d'insérer les psychoses émotionnelles qui nous intéressent ici.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

La notion de « réaction », mais surtout de « psychoses réactionnelles » est actuellement à l'ordre du jour.

Depuis la définition purement psychologique de JASPERS : « réaction de l'âme par rapport à une expérience psychique », il semble que le sens de ce terme de réaction se soit encore précisé du point de vue psycho-pathologique. C'est ainsi qu'il est convenu d'entendre par cette idée, l'ensemble des faits psychiques et organiques déclenchés par un événement *étranger* à l'individu ; par conséquent événement causal de nature toujours *exogène* qui vient affecter intensément le psychisme et toute la personnalité organo-psychique.

La réaction psychotique peut succéder à un événement brusque limité, affectant *d'emblée* la vie psychique, le plus souvent dans ce cas c'est une réaction *immédiate*. Ou bien la réponse peut se produire seulement après une longue période de troubles insoupçonnés mais dont les effets répétés et additionnés amènent un jour « une sorte de décharge ».

De toute façon aux perturbations affectives s'ajoutent, sans aucun doute, certaines actions physiques et physiologiques pour conditionner les effets particuliers de la réaction.

JASPERS ramène à deux groupes fondamentaux les psychoses de réaction aux événements : d'une

part les *réactions vraies* « dont le contenu est en rapport compréhensible avec l'événement originel, qui ne serait pas né sans cet événement et dont l'évolution dépend de l'événement et de leurs rapports avec lui ». Ainsi les psychoses correspondant à ces « réactions vraies » sont en dépendance très étroite avec la cause déclenchante. Événement causal et contenu ont entre eux des rapports logiques, compréhensibles, de cause à effet.

Le type de cette psychose réactive vraie serait celui à l'origine duquel se trouverait un ébranlement d'ordre émotif intense, spécialement même « un ébranlement moral ». Ici la nature de la psychose découle de la nature de l'événement. Dans un deuxième groupe JASPERS distingue les *réactions simplement occasionnées* « dont le contenu est sans rapport compréhensible avec l'événement occasionnel ».

Ces psychoses occasionnées peuvent également être déclenchées par un ébranlement émotif, mais ici l'événement causal loin d'être essentiel dans l'orientation de la nature du contenu n'est simplement qu'« éventuel » et « superflu ». Les troubles psychotiques seraient — dans d'autres circonstances — apparus de même. Quant à leur évolution elle est absolument indépendante du fait causal. Enfin tandis que le contenu des réactions vraies possède une « *valeur vitale* par rapport à la vie antérieure du malade » en ce sens que même après la guérison persiste une orientation anormale de la personnalité psychique, le contenu des réactions occasionnées est « quelconque, sans valeur vitale, sans rapport compréhensible avec la destinée ». Après guérison l'individu a conscience de sa psychose comme d'un fait *étranger*.

Quelle que soit la classification que l'on adopte pour établir à toutes fins utiles des tableaux étiologiques, cliniques et même pathogéniques des psychoses par réaction, il semble que certains *conflits* et certaines *situations* interviennent fréquemment pour fournir le motif causal unique, ou la succession de chocs psychiques générateurs de psychopathies. Ces conflits et situations multiples, variés, intéressent la vie des sentiments dans toute sa gamme affective, la vie sexuelle, la profession, le milieu social, la santé, les soucis de tous ordres, etc..., toutes préoccupations dont la valeur affective est considérable, chacune constituant selon l'expression de JASPERS un point vulnérable » : « toute race, toute profession, tout individu reçoivent leurs blessures morales sur le champ de bataille où la nature et les circonstances extérieures les ont placés ; chacun d'eux possède un point vulnérable, une région d'où partent le plus facilement des ébranlements violents : pour l'un son argent, pour l'autre l'estime extérieure, pour un troisième ses sentiments, sa foi, sa science, sa famille ».

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Pour interpréter le mécanisme pathogénique des psychoses par choc affectif, il faut considérer surtout les deux éléments psychogènes que sont : l'émotion et le terrain. Il est évident que la réaction pathologique ne sera déclenchée qu'en fonction de l'importance du rôle de chacun de ces facteurs. La *possibilité* offerte par le terrain est la condition primordiale de toute réaction, à plus forte raison de toute réaction anormale. Le choc affectif — traumatisme essentiellement psychique — doit nécessairement rencontrer un certain degré d'affectivité, de sensibilité psychique pour être rendu effectif. Le rôle psychogène du terrain surtout congénital, mais aussi acquis, loin d'avoir été méconnu a pendant longtemps *expliqué* toute la pathologie mentale dans laquelle la fréquence de l'hérédité psychopathique est chose frappante.

Il est certain que l'aptitude à réagir aux chocs émotionnels est favorisée et développée par une *prédisposition* spéciale, organique et psychique. Cette prédisposition souvent héréditaire s'acquiert souvent aussi en fonction d'innombrables causes circonstancielles : surmenage, privations, épuisement, insomnie, alcoolisme, infections, intoxications et certaines causes favorisantes d'ordre physiologique : puberté, grossesse, ménopause ou d'ordre endocrinien : dysthyroïdisme, infantilisme, etc... Cette prédisposition consiste dans un déséquilibre organo-psychique

qui offre aux conflits psychologiques un maximum de possibilité réactionnelle morbide. Cette instabilité est au plus haut point facteur réceptif à l'égard des traumatismes émotionnels. Dans certains cas le rôle du terrain est nul : chez des sujets exempts de toute tare héréditaire ou acquise, mais où pourtant un choc émotif minime suffit à déclencher une réaction anormale. Dans ce dernier cas l'interprétation du déterminisme pathogénique de l'événement affectif présente, cela va de soi, les chances d'exactitude les plus rigoureuses parce que le rôle de l'émotion-choc y prend un maximum de relief.

Si l'on a dénié pendant longtemps le rôle psychogène de l'émotion qui, de cause déterminante qu'elle était pour les anciens auteurs était passée au rang de simple cause occasionnelle, les conceptions pathogéniques actuelles accordent à ce rôle une valeur certaine.

Favorisée ou non par le terrain ou la prédisposition, l'éclosion d'une psychose imputable à un choc affectif est un fait pouvant être observé fréquemment. Ce qui intéresse surtout la pathogénie c'est la *manière d'agir* du choc déclencheur, qu'il soit brusque et rapide ou plus insidieux et de longue durée, qu'il produise des effets immédiats ou après intervalle plus ou moins long.

Il est assez courant de comparer l'action du traumatisme psychique à celle du traumatisme matériel. Cette comparaison trouve une base dans la ressemblance qui existe entre les états psychopathiques consécutifs aux émotions-chocs, et ceux que l'on observe après un traumatisme matériel violent. En effet, l'émotion brutale et soudaine aboutit souvent à la commotion — état complet de stupeur — et

l'effet est identique après un ébranlement physique intense.

Mais il importe surtout d'expliquer le désordre ainsi engendré. Si l'on s'en réfère aux effets de l'émotion-choc, les perturbations créées étant somatiques et psychiques, il s'en suit que les facteurs de déclenchement doivent être aussi de deux ordres : physique et psychologique et qu'ils peuvent s'intriquer et se favoriser réciproquement.

Le rôle provocateur du choc émotionnel en fonction uniquement de l'intensité de ce choc est mis en évidence par des cas « discordants » publiés par M. J. TINEL (40) et par P. COURBON (7) de crises mélancoliques déclenchées par des émotions joyeuses. Ces faits permettent d'interpréter utilement la *signification* de l'émotion d'une part, et de l'autre les caractères de la réaction.

Pour ce qui est de l'émotion sa teinte affective importe peu : puisqu'une émotion gaie déclenche dans certains cas une crise d'anxiété ou de mélancolie, et la réciproque est vraie puisqu'on cite des cas de manie ayant succédé chez des individus à l'annonce d'une mort subite, seule importe l'intensité du choc moral. La nature de l'émotion est indifférente ; c'est l'émotion elle-même par les perturbations biologiques qu'elle entraîne qui importe surtout dans le déterminisme pathogénique de la psychose. Quant à la nature de la réaction, elle n'est aucunement en rapport « compréhensible » avec la cause efficiente. — Ce fait permet de penser que si, pathogéniquement, le choc moral est intervenu à titre de cause provocatrice de la réaction, du point de vue étiologique, il n'est dans ces divers cas intervenu que de manière « occasionnée ».

A vrai dire, la pathogénie du rôle de l'émotion est encore obscure.

On connaît bien les rapports de l'émotion-choc avec le système nerveux ainsi que l'influence sur les glandes endocrines et les éléments humoraux par l'intermédiaire du système vago-sympathique de toutes les causes psychogènes.

Mais le mécanisme biologique intime de la réaction pathologique sert encore de matière à des conceptions sans cesse remaniées.

REDALIÉ de Genève (34) tente une interprétation de ce mécanisme en invoquant l'intervention possible de trois facteurs dans le déclenchement de la réaction psychique anormale : soit que l'aptitude à réagir parte essentiellement d'un terrain spécial, toujours préformé et caractérisé par une « psychophysiologie particulière ; soit que la réaction soit « libérée » par une « invasion toxique, inflammatoire ou dégénérative de l'encéphale » ; soit enfin qu'elle soit produite par l'action du traumatisme sur un « centre » régisseur des fonctions psychiques. Pour cet auteur, il y aurait intrication et combinaison de ces diverses possibilités.

L'action pathogène de l'émotion est davantage précisée quoique d'un point de vue différent dans un article sur les « psychoses de sensibilisation » de C. PASCAL et DESCHAMPS (31).

L'émotion-choc par les perturbations organopsychiques qu'elle entraîne est « une crise déchaînant qui présente des analogies avec les chocs anaphylactiques ». En effet, outre des lésions spécifiques, elle crée des phénomènes de sensibilisation psychique et finit lorsque le choc est répété — véri-

table « sommation émotionnelle » — par engendrer un terrain spécial d'anaphylaxie mentale.

Selon cette conception le rôle pathogène de l'émotion s'échelonne à travers trois stades, chacun d'eux comportant des phénomènes qui lui sont propres : en premier lieu un stade psychique ou de sensibilisation que traduit le processus d'hypermnésie émotionnelle.

A l'étape intermédiaire se rencontre un stade moteur que caractérisent des phénomènes d'hypermotivité constituant un véritable système de défense car il assure une décharge et une canalisation de l'influx émotionnel.

Enfin le dernier stade est appelé humoral et se traduit, lorsqu'il est atteint, par le « choc hémoclasique ».

Ces trois stades sont la condition du choc émotionnel. Celui-ci est évité lorsque le barrage « moteur est suffisant : « à l'état normal chaque individu a des possibilités dynamiques de décharge psychomotrice pour protéger l'organisme contre l'effraction végétative ». Ce système de décharge assuré par de nombreux réflexes : tics, marche, mouvement, mimique, etc... vient-il à faire défaut, le choc émotionnel se déclenche par un phénomène d'anaphylaxie mentale, dès sa pénétration dans la zone végétative.

Voici énumérées quelques unes des explications pathogéniques du choc affectif. Nous ne ferons pas un choix électif de l'une d'elles, tant nous paraissent complexes et appelées sans cesse à un remaniement plus ou moins complet les données de toute pathogénie.

Nous allons entreprendre plus longuement l'étude clinique de quelques psychoses émotionnelles.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

En dehors des cas de troubles mentaux post-émotionnels dans lesquels la coloration affective du délire est indépendante de la nature de l'émotion causale, les psychoses par traumatisme affectif semblent correspondre aux psychoses réactives vraies de JASPERS.

Au point de vue étiologique le choc émotionnel s'y révèle à tel point déclencheur de la réaction, que l'apparition des troubles psychotiques ne paraît imputable qu'à lui. Par ailleurs, la nature du choc émotionnel est étroitement liée à la nature de la réaction. Il y a rapport logique de cause à effet.

L'évolution de la psychose relativement courte d'une manière générale est conditionnée en partie par l'intensité ou la continuité de l'événement provocateur.

Le pronostic, enfin, est le plus souvent favorable. De sorte que l'on peut parler des psychoses émotives comme d'entités cliniques bien individualisées et méritant d'être décrites à part. Si le rôle dominant appartient au choc affectif dans le déclenchement de ces psychopathies les tableaux psychique sont déterminés par d'autres facteurs comme le terrain, l'hérédité pathologique, l'influence des systèmes humoral, glandulaire et neuro-végétatif, pour ne citer que les principaux.

Les cas de manifestations psychopathiques pouvant être attribués à des traumatismes affectifs sont innombrables dans la littérature.

Les troubles nerveux et mentaux apparus chez des individus après des cataclysmes divers comme secousses sismiques, accidents ferroviaires, incendies, catastrophes minières, etc... sont connus, de même les psychoses déclenchées au moment où à la suite des guerres, conquêtes, révolutions, épidémies, tous événements dramatiques et terribles sur le rôle pathogène desquels insistaient déjà BRIÈRE de BOISMONT et HOSPITAL. Ces auteurs attribuaient aux émotions de cet ordre une influence toxique parce qu'ils avaient observé le plus souvent le déclenchement du syndrome : confusion mentale. CLAUDE et DIDE (5), ont reconnu à l'émotion une valeur indubitable dans le déclenchement des psychoses hystéro-émotives pendant la guerre de 1914-1918 ; ils ont rapporté des cas de troubles mentaux caractérisés par des phases d'excitation et de dépression sans cyclisme fixe et ne pouvant, par conséquent être confondus avec les phases d'une psychose intermittente. Dans ces « chocs collectifs » divers, l'émotion est essentiellement psycho-pathogène, soit qu'elle agisse de manière brusque, intense et imprévue, soit de façon lente mais continue.

D'autres événements du domaine de l'« actualité » fournissent très souvent la matière des thèmes délirants, de plus, ils interviennent souvent à titre de cause occasionnelle et parfois provocatrice dans l'éclosion des psychoses ; ce sont les découvertes scientifiques, les événements politiques et religieux, les faits économiques et sociaux, etc...

Récemment à l'occasion des grèves, des cas d'« efflorescence mentale » furent publiés où le facteur émotionnel avait joué un rôle étiologique efficace.

Enfin l'événement générateur d'une psychose

émotive peut être simplement d'ordre « individuel » et réaliser selon que son action, ici aussi est soudaine ou prolongée d'innombrables formes cliniques comme : réactions à des deuils, des accidents, des attentats ; réactions à l'« isolement » ; des psychoses de la vie sexuelle, amoureuse ; des psychoses de « chômage », de « logement », de « rente », etc...

Mais nous envisagerons surtout les psychoses émotives d'après le contenu de la réaction pathologique. Certains tableaux psychiques par lesquels se traduit cette réaction morbide sont bien caractérisés.

Une forme réactionnelle fréquemment rencontrée est celle qui réalise un état dépressif, triste, asthénique en rapport avec la teinte affective du traumatisme causal. Cet état réactif peut varier cliniquement de la dépression simple à l'accès mélancolique avec anxiété.

Un cas net de mélancolie réactionnelle fut rapporté dans le Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale de 1926 par CARRETTE et DURAND-SALADIN (4). Chez une malade de quarante-cinq ans atteinte de folie intermittente de type maniaque, un choc affectif soudain, survenu dans l'intervalle de deux accès de manie déclenche brusquement un accès de mélancolie. Par deux fois alors que cette malade était en cours d'accès un choc affectif grave (mari fait prisonnier puis arrivée ^à l'improviste de celui-ci) n'a déclenché chez elle aucune réaction, mais, après guérison d'un quatrième accès de manie et alors que la malade allait quitter l'asile l'annonce de la mort de son père provoque brusquement un accès mélancolique.

Et les rapporteurs de cette observation concluent à une non coïncidence entre l'accès de dépression et le choc affectif, car la malade n'avait jamais

présenté d'état analogue ; et, d'autre part, elle ne se trouvait pas en cours d'accès au moment où le choc déclencheur est survenu ; par ailleurs, ajoutent-ils, la réaction mentale étant apparue brusquement, il serait difficile de l'imputer entièrement à des troubles toxiques.

Dans ce cas, le trauma psychique semble avoir joué nettement le rôle d'excitant déclencheur et le contenu de la psychose est en rapport « compréhensible » avec la cause efficiente.

Le tableau de la mélancolie réactionnelle s'il réunit comme celui de la mélancolie intermittente les éléments de tristesse, préoccupation, anxiété, insomnie parfois, troubles cénesthésiques, l'inertie pouvant aller jusqu'aux états stuporaux, s'en distingue cependant par un comportement des malades en rapport avec l'étiologie psychogène de la réaction.

URECCHIA (41) dans un article sur les psychoses réactionnelles insiste sur la tendance présentée par ces mélancoliques à oublier, à refuser inconsciemment d'évoquer le trauma psychique initial. A ce propos et à un plus haut degré encore, il cite le cas d'une malade atteinte de mélancolie réactionnelle qui refusait d'admettre la mort de ses parents bien qu'elle eût assisté à leur double suicide (par pendaison).

Cette tendance à échapper à des souvenirs pénibles se traduit par la fugue chez certains malades, tandis que chez la plupart la dépression traduit ce mécanisme inconscient de refuge dans la maladie.

Parfois à côté de la tristesse c'est la *perplexité* qui domine le tableau dans la forme mélancolique. « La perplexité est la réaction très compréhensible

de la personnalité normale par rapport à l'irruption d'une psychose aiguë. » (JASPERS). Cette attitude se traduit par une mimique interrogative, étonnée, qui cherche à comprendre, mais qui s'efforce en vain de rassembler des souvenirs. Il en résulte une impression pénible qui se manifeste par des questions et des réflexions incessantes. Tel dans la description de JASPERS : « Le malade se saisit la tête et il prononce des phrases comme celles-ci : Qu'est-ce qu'il y a ? Où suis-je ? J'ignore totalement ce que l'on veut de moi. Qu'est-ce que je dois faire ici ? Je n'y comprends rien... ». Il s'y ajoute une critique interrogatoire des contenus de la psychose : « mais il ne se peut pas que j'aie assassiné ? est-il possible que mes enfants soient morts ? etc... »

Tous complexes en rapport avec les préoccupations du malade et la nature du trauma affectif.

Quant aux formes maniaques de réaction elles sont beaucoup plus rares, caractérisées par une agitation furieuse, elles signifieraient également un refuge inconscient dans la maladie.

Nous n'avons pas trouvé dans les faits publiés des cas « réactionnels vrais » d'accès maniaque.

Selon URECCHIA, le diagnostic différentiel ne peut être tranché entre la psychose maniaque dépressive endogène et les états maniaques ou dépressifs de réaction, à cause « des transitions ou des interactions réciproques » entre ces formes.

Mais le cas publié par CARRETTE et DURAND-SALADIN était net et, semble-t-il, de diagnostic différentiel facile.

Les classiques et en particulier DUPRÉ citaient des cas d'amnésie ayant succédé à des traumatismes psychiques violents. Dans ces cas, l'amnésie accompagnée d'un état stuporal embrassait outre les évé-

nements survenus depuis l'éclosion des troubles, la scène émotionnelle qui les avait déclenchés.

La réaction morbide réalise aussi souvent le syndrome de la confusion mentale.

Dans la Presse Médicale de 1911, SEGLAS et COLLIN (38) publiaient l'observation d'une malade chez qui une scène inattendue et violente du mari avait déterminé instantanément des accidents psychopathiques d'ordre confusionnel.

Ces états confusionnels évoluent par bouffées et se caractérisent par de l'agitation, de l'onirisme, des idées délirantes, tous symptômes dont l'intensité oscille entre des états conscients et inconscients.

Le contenu des idées délirantes présente la coloration affective du traumatisme psychique et traduit des idées, des complexes sexuels ou autres, des préoccupations en rapport avec ce traumatisme.

Dans d'autres cas, le tableau psychique présente une symptomatologie de schizophrénie ou de démence précoce. A la réunion des Annales médico-psychologiques de mars 1929, trois cas de psychose post-émotionnelle à symptomatologie de démence précoce furent citées par P. Abely (1), dans lesquels quelques signes physiques, mais surtout la notion de *cause initiale* permettaient de faire le diagnostic différentiel et de prévoir la guérison.

Il est vrai que dans chacun de ces cas, un épisode confusionnel aigu avait précédé l'installation des symptômes de démence précoce : négativisme, rires explosifs, stéréotypie, etc... Dans chacun de ces cas aussi, la guérison survint à la faveur d'un changement de milieu.

Un autre cas de psychose émotive à symptomatologie de démence précoce fut rapporté au cours de la même séance par A. Marie. Il s'agissait d'une jeune femme arrêtée au dancing sur la plainte d'un

Américain ivre l'accusant à tort du vol de son portefeuille. Aussitôt après l'arrestation : obnubilation et mutisme soudain. L'examen d'expertise révéla un état de stupeur complète avec ébauche de catatonie et, d'autre part, sympathicotonie avec dilatation pupillaire et R. O. C. inversé.

La guérison survenue après cinq mois d'internement confirme l'étiologie émotionnelle du syndrome présenté.

En résumé, les manifestations psychopatiques par lesquelles se traduit la réaction à un traumatisme psychique peuvent emprunter l'allure des divers syndromes mentaux. D'une manière générale, il était devenu classique d'étendre aux psychoses émotives la distinction très nette établie en pathologie mentale, à savoir que chez l'homme sain l'état morbide acquis répond aux seuls états confusionnels tandis que chez le prédisposé cet état emprunte toutes les autres formes cliniques (mélancolie, manie, hébéphréno-catatonie). Mais la réalité des faits ne permet pas d'observer cette rigoureuse délimitation.

En dehors de la prédisposition héréditaire, facteur fréquemment observé, le rôle pathogène de l'émotion varie en fonction des caractères somatiques et psychiques du terrain individuel. Les facteurs sociaux, les complexes psychiques, les événements vécus constituant, nous l'avons vu, des possibilités réactionnelles nous pouvons considérer la nature de la psychose déclenchée, plus dépendante de la personnalité totale du malade que de sa « constitution ».

Il nous a paru intéressant de rapporter à l'appui de ces données cliniques, les observations suivantes :

OBSERVATION I

(Service du Professeur CLAUDE)

Mme D..., âgée de 22 ans ; entrée dans le Service le 14 octobre 1936.

Les certificats suivants marquent l'évolution de l'état psychopathique réactionnel dont elle a été atteinte :

Certificat immédiat (15 octobre 1936).

« Présente un état de confusion mentale avec agitation. Alternances rapides d'attitudes dépressives et d'excitation transitoire. Instabilité mimique marquée (expression de tristesse, d'anxiété, de joie, d'extase), propos décousus. Impulsions à embrasser. Possibilité d'hallucinations auditives. Corps thyroïde un peu gros. Etat saburral des voies digestives. A observer. »

Signé : Docteur RUBENOVITCH.

Certificat de quinzaine (28 octobre 1936).

« Accès confusionnel consécutif à un traumatisme et à un choc moral, atténuation progressive des troubles. Actuellement est calme, commence à bien dormir. Répond nettement aux questions, amélioration progressive mais exigeant encore la surveillance et le maintien dans le service. »

Signé : Professeur H. CLAUDE.

Certificat de sortie (25 février 1937).

« A été atteinte d'un état dépressif avec quelques réactions mélancoliques. Troubles généraux. Hyperthyroïdie. Aménorrhée. Impulsivité. Quelques réaction délirantes. Très améliorée depuis plusieurs semaines. Peut être remise en liberté à la demande de son mari. »

Signé : Professeur H. CLAUDE.

Les premiers troubles sont apparus à la suite d'un accident d'auto, survenu le 14 août 1936, au cours d'un voyage dans la Creuse que la malade effectuait avec son mari. Atteinte d'un état commotionnel post-traumatique vite dissipé d'ailleurs et légèrement blessée à la face (plaies superficielles), dès le soir de cet accident Mme D... se sent très irritable, et en proie à une céphalée et à une insomnie rebelles à tous les calmants : « Je ne pouvais pas dormir, j'avais mal à la tête, et quand je me couchais, mon cœur palpitait drôlement ».

Au bout d'une semaine ces symptômes s'exagèrent à la suite d'une discussion familiale qui impressionne fortement la malade.

Peu à peu cependant le calme revient, la malade demeure seulement préoccupée, un peu sombre, et entretient souvent son mari du sujet de cette discussion.

De retour à Paris, vers la mi-septembre, elle essaie de retravailler (comme dactylo dans une compagnie d'Assurances), mais au bout de huit jours est contrainte d'abandonner son travail à cause d'une reprise des troubles : céphalée, insomnie, préoccupations.

Le 12 octobre a paru soudainement figée, ab-

sente, et son mari l'ayant quittée tôt pour aller à son travail (chauffeur de taxi), elle descend dans la rue vers quatre heures du matin, toute nue : « Je ne sais pas pourquoi je me suis mise nue... J'allais droit devant moi... Deux agents m'ont rencontrée et m'ont emmenée au commissariat ».

Antécédents :

Ascendants : Père âgé de 48 ans, bien portant.

Mère décédée en 1924, suites de couches (P).

Collatéraux : un frère mort de diphtérie à cinq ans.

Une sœur de 19 ans, en bonne santé.

Personnels : diphtérie à 5 ans et demi.

Rougeole.

Oreillons.

Une bronchite dans l'enfance.

Par la suite très bonne santé, quoique réglée irrégulièrement.

Légère constipation habituelle.

Une fausse couche de 1 mois et demi il y a deux ans. Curetage sous anesthésie. Petites hémorragies.

Actuellement, Mme D... est complètement rétablie.

Elle a subi un traitement à l'acétylcholine, et par les ondes courtes.

Se sent bien et tout à fait normale. A grossi de 5 kilos malgré l'aide très active qu'elle a fournie aux infirmières dès amélioration de son état. Fait l'auto-critique de sa maladie : « Je ne sais pas pourquoi j'ai déménagé comme ça... J'ai eu peur... Je re-voyais toujours le lieu de l'accident, je voyais la voiture devant moi... Sur le coup il y avait eu un choc... Je n'ai pas perdu connaissance ».

OBSERVATION II

(Service du Professeur CLAUDE)

M. C..., 46 ans, employé d'une Compagnie de Chemins de Fer est entré à la Clinique le 30 décembre 1936.

Le certificat d'internement mentionne :

« Est atteint d'un état mélancolique ; dépression profonde ; sentiment d'incapacité professionnelle ; il n'arrive pas à faire son travail ; dysmnésie consciente ; crainte de contaminer tous les siens avec la maladie vénérienne qu'il a contractée. Découragement, désespoir.

Tentative d'égoirement avec grattoir (17 décembre 1936).

Choc moral important : aurait tué sa femme accidentellement. Acquitté aux Assises.

Sang : B.W, Meinicke et Kahn, positifs.

L.C.R. : négatif.

L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. »

Signé : Docteur DUPOUY.

Antécédents :

Mère décédée (avait abandonné ses enfants en bas âge).

Père de 64 ans, bien portant.

Jusqu'à l'éclosion de cet accès délirant, le malade, quoique d'un caractère taciturne, avait toujours eu un comportement normal. Marié depuis

quinze ans, a eu depuis ce temps des motifs d'inquiétude à cause de sa femme qui, alcoolique avérée, troublait sans cesse l'union du ménage par les excès de sa conduite.

Très bon père de famille ; ses deux enfants sont âgés respectivement de douze et dix ans et demi et sont en bonne santé.

Avant la naissance du premier enfant, sa femme avait fait successivement deux avortements de trois et sept mois, à la suite desquels elle a subi un traitement (Tréparsol).

Histoire de la maladie :

Le 12 octobre 1935 au cours d'une dispute C... tue sa femme involontairement, il est acquitté en Cour d'Assises cinq mois plus tard et reprend son travail.

Mais au bout de quelque temps, devient triste, est en proie à des craintes, à un sentiment d'incapacité, d'engourdissement intellectuel qui gêne considérablement son travail et amène son Directeur à demander pour lui une consultation psychiatrique.

Reprend son travail après une période de quinze jours de repos. Puis après avoir retravaillé pendant deux jours, comme il avait appris les résultats positifs d'une prise de sang faite à Saint-Louis, fait une tentative de suicide à son bureau « afin de ne pas contaminer tous les siens ».

Les idées délirantes d'auto-accusation et d'indignité sont centrées autour de la crainte d'avoir et de communiquer à son entourage une maladie contagieuse.

L'accès dépressif cependant tourne court. Le certificat de quinzaine, en effet, note déjà l'amélioration progressive.

Au point de vue somatique : vivacité des réflexes rotuliens, pas d'autres troubles neurologiques, réactions sérologiques positives dans le sang, négatives dans le L. C. R. (normal).

Dans ce cas, il semble que le traumatisme psychique consécutif au drame familial ait déclenché l'apparition de scrupules, de sentiments de culpabilité, de responsabilité, mais qui demeurés inconscients ont sous la forme de conflits de la personnalité, favorisé l'éclosion de la psychose.

OBSERVATION III

(Service du D^r Tusques)

Mme D..., âgée de 41 ans, mariée depuis 1921, se trouve à l'asile de Perray-Vaucluse depuis cinq mois pour dépression mélancolique avec anxiété.

La malade est pâle, les traits tirés, l'air préoccupé, tout le visage est interrogatif. Elle se prête de bonne grâce à l'interrogatoire, alternativement inquiète et enjouée. Répond lentement mais de façon détaillée et précise. Quoique bien orientée (sait où elle est, donne des dates exactes), semble légèrement obnubilée par moments et paraît n'avoir qu'une conscience relative de son état. La note dominante donnée par la physionomie et les réflexions est une grande *perplexité*.

« Pourquoi suis-je ici, je vis dans un cauchemar, je dois rêver... »

D. — Vous avez les yeux rouges ?

R. — Je viens de pleurer, je m'ennuie terriblement, j'aurais dû tuer mon mari puisque c'est à cause de lui que je suis ici.

D. — Que faites-vous toute la journée ?

R. — Rien.

D. — A quoi pensez-vous ?

R. — Je pense à ma fille. Je n'aurais jamais dû épouser mon mari. Séparée d'un enfant, c'est abominable. Je ne comprends pas comment j'ai pu aller à Sainte-Anne d'abord. C'est une erreur.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — C'est un asile de fous. Mais personne ne déraisonne. J'ai écrit à la petite et j'ai mis derrière la lettre : Je donne mon pavillon à l'asile à condition de partir à Pontcharra chercher ma fille.

Elle n'a pas à être à Pontcharra chez une vieille tante, je ne comprends pas... Je me demande, enfin, quand et pourquoi on m'a mise là. Si je suis fatiguée, je peux aussi bien me soigner chez moi. Je pouvais être fatiguée, chez nous les murs étaient criblés de vaisselle...

Histoire de la Maladie :

Le début des troubles psychiques remonte à cinq ans en arrière.

A ce moment au cours d'un *premier* accès de mélancolie, la malade a fait une tentative de suicide par défenestration : « J'avais trop supporté et ne pouvais plus endurer cette vie. »

En effet la vie conjugale de Mme D..., troublée depuis longtemps déjà par le comportement d'un mari alcoolique, jaloux et brutal, est brusquement devenue « intenable » par l'exaspération de ces troubles.

Outre les scènes répétées, les menaces terrifiantes et les coups reçus, elle s'effrayait de voir en même temps se dissiper tout son avoir. « Il m'a dépensé environ 200.000 francs, puis il a fallu payer les intérêt d'une hypothèque. Il me vendait tout et me disait ainsi qu'à ma fille, je veux que vous finissiez sur la paille. »

L'accès actuel d'anxiété mélancolique semble avoir débuté en août 1936 à la fin d'un séjour d'un mois dans l'Isère où la malade était allée se réfugier avec sa fille âgée de quatorze ans dans la famille de

son mari, tandis que celui-ci était interné à Ville-Evrard pour troubles alcooliques. A ce moment elle décide tout à coup de rentrer à Paris avec sa fille. Elle est convaincue d'avoir été poursuivie à Grenoble et durant tout le voyage. A l'arrivée à Paris, elle descend dans le premier hôtel rencontré, rue de Lyon. Là, elle est en proie à des paroxysmes anxieux : terreur d'être assassinée ; hantée par l'idée qu'on allait tuer sa fille qu'elle a cherchée à la cave puis au commissariat. A erré, dit-elle, pendant toute une partie de la nuit du côté du Père-Lachaise en proie à l'idée qu'elle était pourchassée : « Cette poursuite des voitures... j'étais persuadée qu'on voulait me tuer, tout le monde des autobus me regardait... »

Tous ces souvenirs de la période d'agitation anxieuse qui a précédé l'internement sont évoqués par moments de façon assez confuse. La mimique de la malade est souvent changeante, tantôt angoissée, triste, accompagnée de pleurs, tantôt légèrement souriante et ironique au rappel de tous ces événements. Mais surtout, toutes les réponses sont entrecoupées d'exclamations incessantes sur le sort actuel réservé à sa fille « qui est forcément malheureuse, puisque séparée de sa mère ».

Biographie :

N'a pas connu ses parents et ne peut nous fixer en rien sur les circonstances de leur disparition.

Recueillie à l'âge de six mois par « un parrain et une marraine » déjà d'un certain âge elle parle de son enfance et de son adolescence avec émotion, comme de la période la plus heureuse de son existence. D'ailleurs au cours de ses récits, la malade marque constamment l'opposition entre sa vie d'en-

fant et de jeune fille « choyée et protégée » et sa vie conjugale qui lui réservait une longue déception.

Intelligente, studieuse, toujours première en classe dit-elle, a passé avec succès son Brevet élémentaire. Toujours bien portante, très gaie et enjouée. Cependant peu à peu ses parents adoptifs vieillissaient et elle commençait à ressentir la monotonie de sa vie trop calme. « A la fin, j'attendais le mariage comme le paradis pour sortir un peu, mener une vie plus gaie, et voilà ce qui m'attendait. » « A 25 ans, j'étais fiancée ; mon fiancé était déjà malade, tout le monde me le disait et moi aussi je le trouvais bizarre. Je me suis décidée à l'épouser quand même au bout de 18 mois. J'avais pitié de lui... »

Cependant, dès le début du mariage elle souffre de la jalousie de son mari qui l'enfermait et prétendait ne pouvoir être tranquille à son étude (de notaire) que s'il la savait être à la maison. Lui boit beaucoup : « Evidemment, ce n'était pas le type d'ivrogne accroché au bec de gaz, mais il me disait par exemple : j'ai bu six vieux marcs avant d'entrer à l'étude. » Change souvent d'étude, dépense beaucoup d'argent au café, où il n'emmène jamais sa femme, pas plus qu'il ne l'a accompagnée une seule fois au spectacle, ni en visite chez des amis.

Premières règles à 15 ans, régulières.

Rougeole dans l'enfance.

Pas de signes neurologiques.

En résumé : la malade semble avoir réagi par le premier accès mélancolique avec tentative de suicide à toute une série quotidienne de chocs affectifs.

La dépression psychique actuelle n'est qu'un prolongement de la réaction de la personnalité de

la malade aux événements de caractère intensément affectif dont les effets se sont ajoutés, échelonnés à travers plusieurs années d'existence.

Dans ce cas, actuellement surtout, le trait dominant de la réaction nous paraît être un état de perplexité très net accompagné d'une légère obnubilation imputable à l'obtusion confusionnelle. Cette attitude perplexe nous paraît intéressante à mettre en évidence parce qu'elle répond à « la réaction très compréhensible de la personnalité normale » dont parle JASPERS. Cette réaction aux diverses altérations psychiques amenées par la psychose se traduit par des signes d'inquiétude, d'étonnement, d'incohérence parfois et de rappel pénible des souvenirs.

OBSERVATION IV

(Service du D^r Tusques)

Mlle Q..., âgée de 40 ans, célibataire, employée de banque entre pour la deuxième fois à l'asile de Perray-Vaucluse (placement volontaire) le 11 juillet 1936. La malade vient de l'hôpital Henri Rousseau avec le certificat suivant : « Est atteinte de mélancolie délirante et hallucinatoire. Hallucinations auditives et interprétations délirantes. Idée de persécution, à teinte mélancolique. On veut qu'elle quitte sa famille, on lui dit qu'elle fait mourir ses parents à petit feu, on la traite de fille ingrate et indigne. A son bureau, on l'empêche de travailler. On l'a forcée à donner sa démission. Réactions dépressives et anxieuses : pleurs, anxiété, idée de suicide, tentative l'an dernier. A voulu se jeter sous une auto. L'état psychopatique de cette malade nécessite son internement.

Signé: D^r PICHARD. »

L'histoire de la maladie semble remonter à 1925 à l'occasion d'une rupture de fiançailles qui durait depuis quatre mois au cours desquelles il y eut une idylle assez poussée. « Nous nous sommes quittés d'un commun accord et j'en fus longtemps très chagrinée », avoue la malade. Les renseignements donnés par la mère apprennent en effet que depuis ce choc affectif, la malade était « fantasque » avec périodes de dépression.

Par la suite, malgré un travail de bureau régulier et une vie familiale normale (affection à l'égard des parents, distractions, assiduité à l'Opéra-Comique, etc..) cet état anxieux s'accroît et en 1932 au cours d'un premier accès de mélancolie pour lequel elle ne fut pas internée, la malade a fait, paraît-il, une tentative de suicide par strangulation.

En effet, vers cette époque, à la fin d'un séjour de trois mois en Seine-et-Marne, la malade a répondu aux avances d'un homme âgé de 65 ans, marié, dans la famille duquel elle se trouvait en pension. Dès lors déclenchement de scrupules, de craintes angoissées que la malade décrit maintenant très bien, de même qu'elle se prête aisément et de bonne grâce à l'interrogatoire. Elle ne dit cependant pas un mot de sa tentative de suicide de 1932. « J'ai fait en 1932 des écarts de conduite... Je me suis laissée aller à certaines avances, enlacer, embrasser... c'est tout... » De 1932 jusque au mois d'août 1935 a accompli normalement son travail, mais avec une constante appréhension que ses parents et son entourage apprennent « sa conduite ». « J'ai retravaillé... je vivais tranquille..., autant que je pouvais l'être. Un peu plus tard — été 1935 — j'ai refait un voyage, mais au retour cette personne (amie de bureau) s'est mise à colporter et on a trouvé que je m'étais mal conduite en Bretagne. Je me suis détestée. Puis les choses ont transpiré... et, je ne sais comment, mon frère et ma belle-sœur ont su. Je me suis vue perdue. » Repartie en vacances le 11 août 1935, la malade rentrait à Paris au bout de deux jours après avoir tenté de se jeter sous une auto.

A ce moment est entrée à la Pitié sur les conseils d'une amie infirmière, là elle fait une tenta-

tive d'étranglement d'où son transfert à Henri Rousselle, puis premier internement à Vaucluse où le diagnostic suivant était porté :

« Etat de dépression avec anxiété, auto-accusation, mélancolie. »

Après deux mois et demi, libérée, elle reprend à nouveau son travail.

Ici elle raconte son histoire de façon fort précise et avoue, pour la première fois, — aveu provoqué il est vrai — une troisième tentative de suicide. « Jusqu'à fin juin, j'ai pu travailler, mais je ne pouvais plus réfléchir. Je sentais les allusions, je pensais ne pouvoir plus vivre ni chez mes parents, ni nulle part. »

Ayant absorbé chez elle un flacon d'éther, elle fut conduite à Henri Rousselle, puis à Sainte-Anne et enfin transférée à Vaucluse au mois de juillet 1936.

Fait en souriant l'autocritique de son comportement à Vaucluse : « Au début, je m'en prenais aux infirmières, aux médecins ; on me traitait de choses horribles... j'entendais dire que j'étais la maîtresse de mon père... ça me rendait méchante avec tout le monde. »

Antécédents :

Aucune particularité chez les ascendants. Un frère bien portant.

Jusqu'à l'époque des fiançailles, à l'âge de 28 ans, les antécédents personnels pathologiques et biographiques sont insignifiants. A noter cependant l'humeur habituelle de la malade : « Je n'étais jamais bien gaie et souvent inquiète. »

Rougeole, bronchite dans l'enfance.

Réglée à 12 ans normalement.

Est allée à l'école jusqu'à 13 ans. A obtenu son certificat d'études, puis est entrée comme apprentie dans un atelier de modes. N'a jamais eu d'amourettes.

Actuellement aménorrhée depuis sept mois.

En résumé : cette malade a présenté à trois reprises un état de dépression anxieuse paraissant devoir être rattaché à un choc affectif déclenché par un incident d'ordre sexuel.

OBSERVATION V

(Service du D^r Tusques)

Mme V..., âgée de 35 ans, entre à Vaucluse le 27 décembre 1936. C'est le premier internement subi par la malade.

A l'entrée le diagnostic suivant est porté :

« Etat de dépression avec bradypsychie, anxiété.
Signé : D^r TUSQUES. »

En effet, la malade se présente avec le faciès concentré, triste. Elle répond très lentement aux questions, qui doivent être réitérées à maintes reprises et parfois brusquées. L'évocation des souvenirs est pénible, mais exacte, et l'histoire, racontée en pleurant, confirme les renseignements fournis par la famille.

Elle a perdu un an et demi auparavant d'un accident de moto son mari avec qui elle s'entendait parfaitement. Ce renseignement pourtant capital n'est mentionné qu'incidemment par la malade qui glisse sur ce sujet pour manifester de nombreuses craintes, des soupçons : « il me semble que je cause des ennuis à tout le monde. Ils ont l'air de dire que je n'aimais pas mes enfants. Ici une personne m'a dit : Cochonne, vous avez mis vos enfants à l'Assistance. »

Elle insiste sur le cas de ses enfants, s'inquiète de leur sort.

Par moments, turbulente, essaye de s'emparer des dossiers : « Je veux voir mon dossier pour voir de quoi on m'accuse et pour savoir qui s'est occupé de moi. »

Après l'accident survenu à son mari, habitait seule avec un enfant de neuf ans, ses beaux-parents s'étant chargés du plus jeune.

Travaillait aux emballages dans un laboratoire.

Le début paraît avoir été brusque : troubles cénesthésiques et vaso-moteurs : « Ça m'étouffait, je me suis fait peur et me suis posé tout plein de rigolos. » Puis après être descendue dans la rue en chemise de nuit à cinq heures du matin, elle fut transportée à la Pitié où elle essaya de s'étrangler avec un châle. Enfin, elle est transférée à Henri Rousselle puis à Sainte-Anne.

La malade est assez inconsciente de sa situation actuelle. N'est pas très bien orientée. Ses idées sont floues. Cherche la date, se croit dans un studio. Mais surtout l'entourage lui reproche « d'avoir mis ses enfants à la cantine ». La fin de l'interrogatoire amène cet aveu : « j'étais heureuse en ménage. Mais depuis la mort de mon mari, je me sentais très énermée. J'ai eu alors une crise de nerfs (?). Mon père qui est dans la Nièvre n'était pas venu à l'enterrement et ça m'avait fait beaucoup de mal ».

Antécédents héréditaires et collatéraux dans lesquels rien ne paraît devoir attirer l'attention.

Dit n'avoir jamais été malade.

Premières règles à 12 ans. Abondantes. Une

hémorragie avec le premier accouchement. Aurait perdu un enfant en bas âge.

En résumé : malade mélancolique et anxieuse chez qui, à la suite d'un traumatisme affectif violent, semble s'être développé un état *acquis* de neurasthénie avec fatigue, préoccupations hypochondriaques et troubles cénesthopathiques.

Etant donné :

1° L'absence d'étiologie toxi-infectieuse, exogène ;

2° L'absence d'hérédité psychopathique, toute hypothèse de psychose maniaque dépressive devant être éliminée, il reste que le choc affectif semble avoir préparé et amené la réaction actuelle retardée.

Outre la perte brutale du mari, les désaccords familiaux, et les soucis d'ordre vital : assurer son existence et celle de ses deux enfants, la malade s'est vue contrainte à un brusque isolement « moral », et ce dernier facteur a pu faciliter l'issue réactionnelle des conflits psychogènes proposés à sa vie intérieure.

OBSERVATION VI

(Service du D^r Tusques)

Mme P..., âgée de 48 ans, sort de Vaucluse fin octobre 1936 avec le certificat suivant :

« Est guérie de l'accès de mélancolie réactionnelle qui avait amené son internement.

Signé : D^r TUSQUES. »

Nous apprenons qu'en effet, sept mois plus tôt, la malade a dû être internée après une tentative d'asphyxie par le gaz d'éclairage, puis de section du cou, le lendemain de la mort de sa fille âgée de 21 ans.

A l'entrée le diagnostic suivant était porté : dépression mélancolique consécutive à la mort de sa fille unique, impulsion héréditaire au suicide.

A noter que treize ans auparavant, immédiatement après la mort de son frère, la malade avait réagi par une dépression psychique de même nature dont les certificats suivants résument les épisodes :

23 octobre 1923. Certificat immédiat. Clermont.

« Est atteinte de dépression mélancolique, tristesse sans ralentissement psychique très marqué. Quelques idées délirantes de culpabilité (se reproche

d'avoir causé la mort de son frère, d'avoir mal accompli ses devoirs religieux). N'apprécie pas exactement sa situation, réclame avec insistance sa sortie pour s'occuper de son enfant qui, privé de ses soins, ne peut pas vivre. Hérité chargée. Transférée des asiles de la Seine où elle était en traitement, depuis le 11 juillet 1923. A maintenir.

Signé : D^r DEMAY. »

17 novembre 1923. Quinzaine :

« Présente le même état de dépression mélancolique qu'à l'entrée. S'est montrée calme, mais incapable d'apprécier la réalité de l'état morbide. Ne comprend pas qu'elle soit internée. Affirme qu'elle n'est pas malade. A maintenir.

Signé : D^r DEMAY. »

22 juillet : certificat de sortie en congé d'un mois :

« Est entrée à l'asile atteinte de dépression mélancolique, présente depuis plusieurs semaines un état mental très amélioré. Elle se montre calme, docile, consciente de son état morbide antérieur. S'occupe régulièrement. Peut bénéficier d'un congé d'un mois à titre de sortie d'essai que son mari demande pour elle.

Signé : D^r CHÈZE. »

A été maintenue définitivement en liberté à la date du 31 août 1924.

En résumé : cette malade — dont le père et un frère se sont suicidés — réagit elle-même aux chocs affectifs violents par une crise mélancolique très caractérisée *qui guérit* au bout de quelques mois.

« Ça me fait, dit-elle, une réaction. On croit toujours qu'on n'a pas fait assez. »

CONCLUSIONS

1° L'action du traumatisme psychique dans le domaine de la pathologie mentale est considérable.

Envisagée dans son ensemble, elle permet de grouper sous le titre très large de « Psychoses émotionnelles » les faits de réaction morbide déclenchés par un choc affectif initial.

De plus elle oriente ces réactions morbides dans le sens de tableaux psychiques bien individualisés cliniquement malgré qu'ils empruntent la plupart des formes syndrômiques couramment observées en Psychiatrie : confusion mentale, mélancolie et manie atypiques, schizophrénie, amnésie, stupeur, psychasthénie, hystérie, etc...

La note réactionnelle est rendue évidente par l'anamnèse, l'évolution favorable et certains faits particuliers comme l'attitude du malade vis-à-vis de sa psychose pendant la maladie et après guérison.

2° Parmi les causes extérieures des psychoses, le traumatisme affectif représente un facteur pathogène *déterminant* au même titre que les faits de surmenage et d'épuisement ou les manifestations toxi-infectieuses aiguës.

Ce rôle pathogène étant fonction de la durée et de l'intensité du choc, et non de sa nature.

3° Parmi les causes d'ordre « endogène » l'hérédité pathologique favorise très fréquemment l'éclosion des psychoses réactionnelles aux circons-

tances, situations ou événements étrangers à l'individu. D'autre part, les données psychanalytiques ou même simplement les investigations biographiques permettent de mettre en relief le rôle des événements, circonstances ou situations vécues et leur valeur d'*expériences* éprouvées par la personnalité du sujet à laquelle elles imposent une « orientation réactive anormale ».

4° La constatation de ces faits apporte plus qu'un renseignement, elle force à envisager la question sous l'aspect d'un problème social.

Dans le domaine de la pratique médicale, en effet, la notion du rôle pathogène des traumatismes émotionnels dicte surtout des mesures de prophylaxie et d'assistance.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. — ABELY (P.). — Psychoses post-émotionnelles des jeunes gens simulant la D. P.
Ann. Méd. Psych. 1929, I, 247.
2. — BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales. Paris, Masson, 1853.
3. — BRIERE de BOISMONT. — Folies Epidémiques.
Union Médicale, 13 Février 1859.
4. — CARRETTE et DURAND-SALADIN. — Choc émotif et folie intermittente.
Bull. Soc. Cl. Méd. Mentale 1926, n° 1-2, page 7
5. — CLAUDE et DIDE. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre.
Paris-Médical, 2 Sept, 1916.
6. — CLAUDE, SIVADON et FORTINEAU. — Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité.
Ann. Méd.-Psych. 1936, II 247.
7. — COURBON (P.). — Délire mélancolique consécutif à une émotion joyeuse.
Ann. Méd.-Psych. 1934, II, 238-241.
8. — COURBON et TUSQUES. — Bouffée délirante de persécution par transplantation sociale et caféisme.
Ann. Méd.-Psych. 1931, II, 36-39.

9. — DIMOLENSCO (A.). — Les Psychoses émotionnelles
(Cultura). Bucarest 1936
10. — DUMAS. — Troubles mentaux et troubles nerveux de
guerre.
Paris, Alcan, 1919.
11. — DUPRÉ. — La constitution émotive.
Paris-Médec. 7 Oct. 1919.
— Problèmes Psychiatriques.
*Revue Neurologique 1909, p. 1568-72 et
1659-81.*
12. — ELLIS. — Traité de l'aliénation mentale, traduit de
l'anglais par Archambault.
13. — ESQUIROL. — Maladies mentales.
Paris, Baillière, 1838.
14. — GEORGET. — Causes de la Folie.
Paris, Crevot, 1820.
15. — GRIESINGER. — Traité des maladies mentales.
Paris, Delahaye, 1865.
16. — GUISLAIN. — Aliénation mentale.
Amsterdam, Gartnam, 1826.
— Traité sur les Phrénopathies, 2^e éd.
Bruxelles, Etabl. Encyclographique, 1835.
17. — HALLION. — Problèmes physiologiques.
Revue Neurologique 1909, p. 1559-62.
18. — HOSPITAL. — Souvenirs rétrospectifs de 1871.
Ann. Méd.-Psych. 1875, p. 11-18.
19. — IMENITOFF. — Contribution à l'étude du rôle des
émotions dans la genèse des Psychoses.
Thèse, Paris, 1917.
20. — JANET. — Problèmes psychologiques.
Revue Neurologique 1909, p. 1551-8.

21. — JASPERS. — Les réactions pathologiques.
In « Psychopathologie générale », traduction Kastler et Mendousse. Alcan, p. 313-399.
22. — KRETSCHMER (E.). — Der Sensitive Beziehungswahn.
Berlin, 2^e éd., Springer, 1927.
23. — LEGRAND DU SAULLE, — La folie héréditaire, 1873.
24. — LEVY-VALENSI. — L'actualité et les Psychoses.
L'avenir médical, Janvier, 1935.
— Les Psychoses réactionnelles.
Concours Médical, 1^{er} Janvier 1937.
25. — MAGNAN. — Maladies mentales, 2^e éd.
Paris, Bataille, 1893.
26. — MOREL. — Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine.
Paris, Baillière, 1857.
— Maladies Mentales.
Paris, Masson, 1860.
27. — NATHAN. — La sensibilisation dans la diathèse et dans les psychoses émotives.
L'Encéphale 1927, I, 6-11.
28. — NATHAN et GALLOT. — Les bouffées délirantes motivées.
L'Encéphale 1928, I, 283-9.
29. — PARCHAPPE. — La Prédominance des causes morales dans la Génération de la Folie.
Ann. Méd.-Psych. 1843, II, 358-371.
30. — PASCAL (C.). — Chagrins d'amour et Psychoses
Paris 1935.
31. — PASCAL (C.) et DESCHAMPS (A.). — Psychoses de sensibilisation.
Ann. Méd.-Psych 1931, I, 449 et II, 8

32. — PINEL. — Pathologie Cérébrale.
Paris, Just Rouvier, 1844.
33. — RAFKIN (I. G.) (de Moscou). — Structure clinique et
pathogénie des Psychoses exogènes.
Ann. Méd.-Psych. 1936, II, 387.
34. — REDALIÉ. — Les notions de réaction en Psychiatrie.
Archives suisses de Neurologie et Psychia-
trie, 1929, XXIV, 294-302.
35. — REGIS. — Problèmes Psychiatriques.
Revue Neurologique 1909, p. 1.664-7.
36. — ROBIN et CENAC. — La manie psychogène.
Communication Congrès Genève. Lausan-
ne 1926, p. 255.
37. — ROUART. — Psychose maniaque dépressive et folies
discordantes.
Thèse, Paris 1935.
38. — SEGLAS et COLLIN. — Emotion-choc, Psychose con-
fusionnelle.
Presse Méd., 1^{er} Février 1911.
39. — SVELTOV. — Contribution à la clinique et à la patho-
physiologie des Psychoses exogènes.
Sovietskaia Psichonevrologia, T. XI, N° 4-
5, 1935.
40. — TINEL. — Provocation de crises mélancoliques par
des émotions joyeuses.
Ann. Méd.-Psych. 1931, II, 155-61.
41. — URECCHIA. — Les Psychoses réactionnelles.
L'Encéphale 1931, II, 591-608.

